

REVUE DES DOCUMENTS ET DES STATISTIQUES
SUR LE CCC/VIH/SIDA EN HAITI

June 2002

THE CHANGE PROJECT
ACADEMY FOR EDUCATIONAL DEVELOPMENT
THE MANOFF GROUP

GISELE MAYNARD-TUCKER Ph.D.

SIGLES ET ABBREVIATIONS

AED	Academy for Educational Development
AIDSCAP	AIDS Control and Prevention Project
BCPNLS	Bureau Centrale du Programme National de Lutte Contre le SIDA
CCC	Communication pour Changement de Comportement
CDHR	Centre de Developpement des Ressources Humaines
CDS	Centre pour le Developpement et la Sante
CECOSIDA	Cellule de communication contre le SIDA
CNLS	Centre National de Lutte Contre le SIDA
CSM	Condom Social Marketing
FHI	Family Health International
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
FOSREF Familiale	Foundation pour la Santé Reproductrice et de l'Education
GHESKIO	Groupe Haitien d'Etude du Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes
GLAS	Groupe de Lutte Anti-SIDA
HS-2004	Health Systems 2004 (USAID vehicle for funding FP and reproductive health in Haiti)
IEC	Information, Education, and Communication
IMPACT	Implementing Agency for Cooperation and Training
IHE	Institut Haitien de l'Enfance
INHSAC	Institut Haitien de Santé Communautaire
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
KABP	Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices
MSH	Management Sciences for Health
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
NACP	National AIDS Control Program
NGO	Nongovernmental organization
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAHO	Pan American Health Organization
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Developpement
POZ	Promoteurs Objectif ZeroSIDA
PSI	Programme de Santé et Information (Haiti); Population Sciences International
SIDA	Syndrome D'Immuno Déficience Acquise
REHVIH	Reseau Haitien contre le VIH/SIDA
TA	Technical Assistance
UCS	Unités Communales de Santé
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus de l'Immuno Déficience Humaine
VDH	Voluntariat pour le Développement D'Haiti

TABLE DES MATIÈRES

I. REVUE DES DOCUMENTS ET DES STATISTIQUES SUR LE CCC/VIH/SIDA... 1	
1. DONNEES QUALITATIVES DEMOGRAPHIQUES ET DE COMPORTEMENT SEXUEL LIEES A LA CCC/VIH/SIDA	1
2. REVUE DES ACTIVITES D' IEC/CCC EN VIH/SIDA de 1987 a 1991	2
3. REVUE DES ACTIVITES DE 1990-1996	4
4. REVUE DES ACTIVITES 1996-2001	5
5. ANALYSE.....	8
6. LES CONTRAINTES	9
7. CONCLUSIONS	10
II. LES METHODES.....	12
1. METHODOLOGIE	12
2. GUIDE DE QUESTIONS POUR LES ENTREVUES AVEC LES EXPERTS EN CCC/VIH/SIDA.....	14
3. PERSONNES CONTACTEES ET INFORMANTS	15
III. BIBLIOGRAPHIE.....	18

I. REVUE DES DOCUMENTS ET DES STATISTIQUES SUR LE CCC/VIH/SIDA

1. DONNEES QUALITATIVES DEMOGRAPHIQUES ET DE COMPORTEMENT SEXUEL LIEES A LA CCC/VIH/SIDA

Les données quantitatives rapportées ci-dessous proviennent de l'enquête EMMUS-III Haïti 2000, (Cayemittes et al.:2001).

La République d'Haïti partage avec la République dominicaine l'île d'Haïti qui est située dans les Caraïbes. Ce pays, d'une superficie de 27.750 kilomètres carrés compte une population de presque 8 millions d'habitants, ce qui représente une densité moyenne de 292 habitants par kilomètres carrés. Le taux d'accroissement annuel est de l'ordre de 2.08 %. Les jeunes de moins de 15 ans représentent près de 40% de la population. La population Haïtienne selon leur lieu de résidence est en majorité rurale, 64% contre 36% en milieu urbain. L'analphabétisme est de 41% pour les femmes en zones rurales et de 16% dans les zones urbaines. Quant aux hommes, il est de 29% en zones rurales et de 7% en zones urbaines. L'émigration des gens qui vivent dans les zones rurales vers les zones métropolitaines résulte en un accroissement de bidonvilles où les conditions de vie sont insalubres et entraînent des problèmes de santé pour les habitants. Parmi les médias, la radio est le moyen de communication le plus utilisé, 62% des femmes et 68% des hommes écoutent la radio au moins une fois par semaine.

Depuis les années 1987, il y eut une multitude de messages qui ont été transmis à la radio et télévision pour la prévention du SIDA. Toutefois, cela n'a pas arrêté l'épidémie de se propager. L'existence du SIDA est connue par 97% de la population, mais seulement 62% des femmes interrogées connaissent un moyen pour éviter de le contracter et 14% ne connaissent pas l'existence du SIDA. Parmi les hommes, 81% connaissent un moyen d'éviter le VIH/SIDA, et 6% ne savent rien du SIDA. Ceux qui connaissent les moyens pour éviter le SIDA ont cité l'utilisation du condom 55%, l'unipartenariat 37% et l'abstinence. Toutefois, la transmission du VIH de mère à enfant n'est pas bien comprise 22% des hommes et 19% des femmes ne sont pas au courant des modes de transmission verticale. Il y a aussi la perception du risque de contracter le SIDA qui semble n'avoir pas été assimilée, car 84% des hommes et 81% des femmes ont dit qu'ils ne courent aucun risque de contracter le VIH. Parmi ces hommes et femmes 47% et 46% ont répondu qu'ils ne couraient pas de risque, parce qu'ils n'avaient qu'un seul partenaire, et 27% des femmes et 25% des hommes ont dit qu'ils pratiquaient l'abstinence sexuelle. L'utilisation du condom a été citée par 16% des hommes et 3% des femmes. Les autres raisons énumérées étaient pour 17% des femmes et 8% des hommes parce que leur partenaire était fidèle, et finalement 9% des hommes ont déclaré qu'ils prévenaient le risque en évitant les prostituées. La perception du risque de contracter le SIDA est un facteur qui devrait promouvoir un changement de comportement. Cependant, 56% des femmes qui ont entendu parler du SIDA ont dit n'avoir pas changer leur comportement. Celles qui ont changé leur comportement ont donné les raisons suivantes: la pratique de l'unipartenariat 27%, l'abstinence 11%, la fidélité du partenaire 10%, et l'utilisation du condom 3%. Parmi les hommes qui ont entendu parler du SIDA, les 66% qui se

considèrent à risque modéré et les 71% qui se considèrent à risque élevé ont dit n'avoir pas changer de comportement. Le changement de comportement pour les hommes c'est la réduction de partenaires à une seule 36%, l'utilisation du condom 17% et l'abstinence sexuelle 11%. Interrogées sur l'aspect social d'une personne séropositive, deux tiers des femmes estiment que cette personne ne devrait pas continuer à travailler avec d'autres personnes, mais moins d'hommes étaient d'accord sur ce point. Au sujet du dépistage du VIH 4% des femmes et 6% des hommes ont dit avoir été testés. Parmi les hommes de 20-24 ans qui n'ont pas eu le test 56% voudraient connaître leur statut sérologique.

La prévalence des IST révèle que 66% des femmes n'ont pas entendu parler d'IST, tandis que parmi celles qui en ont entendu parler, 11% ne connaissent aucun signe ou symptômes de ces infections chez les femmes et 12% chez les hommes. Parmi les hommes qui ont entendu parler d'IST, 13% ne connaissent aucun signe ou symptômes d'infection chez les femmes et 4% chez les hommes. A peu près 9% des hommes ont déclaré avoir eu une IST pour 4% des femmes. Une minorité d'informants ont déclaré avoir utiliser le condom 1% pour éviter les IST. Il est évident que la multiplicité des partenaires augmente la probabilité d'être infecté par les IST et le VIH/SIDA. Les femmes en union 81% ont dit qu'elles n'avaient eu qu'un partenaire au cours des 12 derniers mois, mais 19% ont dit en avoir eu un ou plus. Chez les hommes en union, 73% ont déclaré avoir eu une seule partenaire y compris l'épouse, et 25% ont rapporté avoir eu deux partenaires ou plus. Afin de se protéger contre les IST et le SIDA, l'utilisation du condom est vitale comme méthode de protection. Les questions qui se rapportent à l'utilisation du condom révèlent que le condom est connu par 96% des femmes et 99% des hommes. Cependant, seulement 16% des hommes et 5% des femmes interrogées ont rapporté l'utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels. Ces données montrent que pas tous les messages éducatifs et de CCC ont été assimilés et qu'il est temps de se concentrer sur une nouvelle approche.

La section suivante présente une revue des activités et interventions concernant les projets d'IEC/CCC en VIH/SIDA des années 1987 à 2001 exécutées par le MSPP, l'USAID, et les organismes internationaux. Cette revue chronologique est loin d'être complète car il n'a pas été possible d'obtenir et de lire tous les documents qui ont été publiés sur ce sujet durant les deux semaines de la consultation. L'objectif de cette revue a été de mettre sur papier un résumé des activités les plus importantes financé par l'USAID afin que ce résumé puisse être complété au fil du temps par les personnes qui ont été inculquées dans ces projets et interventions. D'autre part la section "efficacité" ne reflète pas les résultats d'une évaluation formelle de ces programmes et interventions. Cette section rapporte l'opinion personnelle des informants qui ont été interviewés et impliqués dans ces programmes et interventions, (voir le guide de questions et les noms des informants dans l'annexe II).

2. REVUE DES ACTIVITES D' IEC/CCC EN VIH/SIDA de 1987 a 1991

Les données suivantes ont été recueillies durant la lecture des documents fournis par le projet CHANGE et l'USAID ainsi que durant les entrevues avec les personnes qui ont été impliquées dans les programmes de lutte contre le SIDA depuis la fin des années

1980 jusqu'en 2001. Depuis le début de l'infection qui se situe aux environs de la fin des années 1970, il y a eu beaucoup d'ONG impliquées dans la lutte contre le SIDA, mais peu d'entre elles ont documenté la réalisation de leur projets, de ce fait, il est difficile d'avoir une idée sur ce qui a été fait tout au début de la lutte contre le SIDA. Il y a des trous dans la chronologie des activités car pas tous les projets et programmes du MSPP et des ONGs de l'époque sont documentés. Comme il est impossible de rapporter toutes les activités exécutées, seules les activités les plus efficaces de l'USAID sont rapportées ci-dessous. D'autre part, il est difficile pour les personnes interviewées de se rappeler les détails d'un passé qui date de plus de dix ans. On a rencontré des chevauchements dans les activités, des répétitions et des écarts dans les dates ainsi qu'un manque de documentation sur l'évaluation de ces programmes et projets. La revue est divisée en trois parties et rapporte les activités essentielles et documentées des années: (1) 1987-1991, (2) 1990-1996, et (3) 1996-2001, ainsi que des informations sur ce qui a été efficace et sur les contraintes.

Au Niveau du Secteur Public

L'épidémie s'est déclarée à la fin des années 1970. Un programme national de lutte contre le SIDA (PNLS) a été promu en 1987 par le MSPP suivant les normes de l'OMS. Un plan National a été mis en place avec l'appui OPS/OMS. Ceci a permis de développer des activités visant la prévention et transmission du virus par voies sexuelle et sanguine. En 1988 le MSPP avait établi un bureau de coordination des activités pour la prévention du VIH/SIDA dans le secteur public et privé avec des campagnes d'IEC. Un plan (PNLS-PMT) a été mis en place et soumis à l'OMS en 1988, et aux donateurs en 1989. Le bureau de l'OPS/OMS avait la charge de la coordination des interventions subventionnées par les donateurs à l'intérieur du PNLS-PMT. Le plan contenait un volet clinique, des activités de surveillance épidémiologique, et un volet IEC (Information/Education/Communications) ainsi que deux enquêtes sur les connaissances, attitudes, croyances et comportement de la population. La surveillance épidémiologique du SIDA a été réalisée jusqu'à la fin d'octobre 1991, mais à la suite des événements politiques de 1991 le programme national de la lutte contre le SIDA a été interrompu et aucun cas de SIDA n'a été notifié pendant environ six ans. En 1996, un Plan Stratégique National a été lancé pour la prévention et le contrôle du SIDA et des IST et les activités sur le terrain reprirent en 1997 après six ans d'absence. (Adrien et Cayemittes 1991; MSPP 1997)

Au niveau du secteur privé

En 1989 l'USAID/Haïti donna un support financier à travers Family Health International pour le projet AIDSCAP. En avril 1991 le projet s'agrandit et se nomma "Aba SIDA" Cependant quelques temps après à cause des troubles politiques les donateurs américains se retirèrent, et la lutte contre le SIDA fut exécutée par les ONG qui n'étaient pas sanctionnées par l'embargo. Sous les nouveaux auspices de FHI/AIDSCAP, le projet AbaSIDA continua d'octobre 1992 à juin 1996. Les interventions de Aba SIDA pour un changement de comportement étaient des projets à multifacettes qui étaient adaptés aux besoins spécifiques et aux perspectives des audiences ciblées. (Source: Final report

AIDSCAP/ABA SIDA 1996). Entre temps en 1995 il y a eu le programme du système des Nations Unies ONUSIDA qui était constitué de six agences OPS/OMS, FUNAP, UNICEF, UNESCO, la Banque Mondiale, PMUD, chaque agence avait la responsabilité de la coordination des activités pendant deux ans, (source informants).

Durant cette période il y eut aussi l'engagement du Ministère de la Santé dans la lutte contre le SIDA avec un Plan à moyen terme et un Bureau de Coordination, ainsi qu'une Commission Nationale de VIH/SIDA nommée par décret. On trouve aussi les activités des ONG soutenues par l'USAID, les spots à la radio, les vidéos produits par PSI, les promotions avec des fora publiques pour la population, la promotion IEC sur la communication pour un changement de comportement à travers les affiches et brochures, le contrôle des IST, la promotion et distribution de condoms, l'éducation et les formations par l'INHSAC.

(Source: informants)

Efficacité d'après l'opinion des informants:

Promotion des médias de masse sur les connaissances du SIDA, la promotion du condom, l'admission de l'homosexualité, le dépistage des IST, le renforcement des capacités constitutionnelles des ONG, et développement du matériel éducatif.

(Source: informants)

Problèmes et contraintes:

Le manque de coordination des donneurs, le manque de soutien du gouvernement à cause de troubles politiques, le manque de pérennité des organisations, le besoin de renforcement de capacités du personnel médical, le manque de messages appropriés pour certains groupes à risque, pas assez d'emphase sur le comportement des jeunes. Projets focalisés surtout dans les zones métropolitaines.

(Source: informants)

3. REVUE DES ACTIVITES DE 1990-1996

AIDSCAP/ABA SIDA

Les projets AIDStech et AIDSCAP financés par l'USAID ont encouragés une focalisation sur la lutte contre le SIDA dans tout le pays et ont permis une bonne coordination entre les partenaires et les programmes.

Des activités d'éducation ciblant les femmes, les familles, les membres des communautés, les jeunes, le social marketing du condom, des formations pour le personnel médical sur les IST, les promotions des média de masse et production de fora pour atteindre le grand public, le renforcement technique et administratif des ONG, l'amélioration et la prise en charge des personnes séropositives. Dans les écoles le projet de FHI/ALERT-SIDA dirigé par des animateurs et le développement du logo ALERT-SIDA (Source: AIDSCAP/ABA SIDA Final report; informants)

Efficacité d'après l'opinion des informants:

Durant cette période plusieurs stratégies de communication ont été développées pour la CCC: l'éducation par le divertissement, le marketing social, les messages de prévention dans la promotion des marques "Pantè" et "Reyalité", promotion des médias de masse, la mobilisation communautaire, l'assistance conseil par les pairs, l'intégration des jeunes à

la gestion des activités, le thème de VIH/SIDA a été intégré dans les stratégies globales de CCC ainsi que dans les curricula de formation de santé publique (HS2004). Le soutien de PSI et la coordination de AIDSCAP pour la diffusion de connaissances à la population. Le Logo ALERT-SIDA et les vidéos suivies de discussions. Le projet "Caravane des artistes et des jeunes contre le SIDA" qui a promu des connaissances sur le VIH/SIDA dans plusieurs centres métropolitains.
(Source: groupe Haïtien de travail CCC/VIH/SIDA et informants)

Problèmes et contraintes:

Le mandat des programmes de support de l'USAID exclut les activités de prise en charge des personnes infectées et affectées, le manque de coordination des campagnes et des messages dans les différents projets et parmi les partenaires, le manque de leadership et de coordination des programmes, la léthargie du secteur public, les attitudes négatives concernant le SIDA de la part des prestataires de services, le manque de formation et de préparation du personnel des institutions qui mènent des activités d'intervention, la concentration des activités dans les mêmes zones, le manque d'extension ou de réplification des interventions-modèles à d'autres villes/départements, le manque de matériel en général et surtout en créole, les messages et interventions trop médicalisés, manque d'élaboration des activités en cours et des initiatives, le manque de réalités culturelles.

(Source: groupe Haïtien de travail CCC/VIH/SIDA)

4. REVUE DES ACTIVITES 1996-2001

Après 1996 le support de l'USAID a été moins important et moins efficace. Néanmoins les ONG ont continué la lutte contre le SIDA. En 1995, après la fermeture du projet AIDSCAP/FHI financé par l'USAID, POZ a pris la relève. Cette fondation a été créée par les personnes qui travaillaient pour le projet AIDSCAP. Ces personnes voulaient continuer leurs efforts de lutte contre le SIDA à la mémoire de Margalie Delva cette jeune fille qui est a été victime du SIDA, et qui a brisé le silence entretenu autour de cette épidémie.

Depuis 1966, POZ a débuté des activités sur le terrain avec le financement du PLAN INTERNATIONAL. POZ a produit du matériel didactique et des messages pour la sensibilisation des jeunes et des leaders des communautés dans quatre zones décentralisées au Sud-Est Jacmel et la Vallée, au Nord-Est Ouanaminthe et Trou du Nord et Croix-des-Bouquets. En 1998 POZ, a établi un serveur vocal "téléphone bleu" qui donne des informations personnalisées aux jeunes sur le SIDA, les IST et la sexualité. En 1999, POZ a mis en place un accueil convivial pour les personnes infectées et affectées par le VIH en utilisant une approche communautaire et d'auto-support. POZ a aussi encouragé la naissance de deux réseaux d'information CECOSIDA un réseau de journalistes et REHVIH, un réseau d'ONG engagées dans la lutte contre le SIDA.

(Source: POZ newsletters)

D'autres activités ont visé la vente du condom Pantè à travers des spots de radio et télévision. De 1996 à 2000 il y a eu un total de 64.000 spots de radio diffusés à travers 20 stations de radio à Port-au-Prince, et dans 22 stations de radio en Province ainsi que

3,192 spots de télévision. En outre des panneaux publicitaires et des fresques murales ont été placés dans les rues. Il y a eu aussi des formations pour améliorer la capacité des agents de changement en communication interpersonnelle, parmi les agents ONG, les adolescents membres du club "Cool", les vendeurs en pharmacie, des agents de santé, les collaborateurs volontaires et pour des groupes de prostituées, 75% des ONG ont bénéficié de ces formations. Les soirées Pantè ont permis de toucher les personnes dans les bars, discothèques et boîtes de nuit afin de susciter des discussions sur les IST/SIDA et aussi faire la promotion du condom. D'autres activités ont ciblées les prostituées et leurs clients tout en faisant la promotion du condom féminin "Reyalité." Des incentives permettent aux prostituées de distribuer les condoms à leurs pairs tout en faisant un petit bénéfice. Finalement, la sensibilisation dans les écoles secondaires de chaque département avec des dépliants éducatifs et du matériel promotionnel (Source: Activités de Changement de Comportement en IST/SIDA et de Distribution de Condoms de Marketing Social de 1996-2000, PSI).

Durant cette période il y a eu d'autres interventions pour la prévention du VIH/SIDA qui ont été intégrées dans le projet de l' USAID-Health Systems 2004 (HS-2004). La phase I de ce projet qui a commencé en 1995 avec un réseau d'ONG partenaires s'est centrée sur l'amélioration de l'accès des services de qualité dans le domaine de la santé reproductive et de la santé de l'enfant. Durant la phase II, le projet HS-2004 s'est concentré sur l'assistance et la prévention VIH/SIDA avec trois interventions; 1) formation du personnel de santé en approche syndromique pour le dépistage et la prise en charge des IST, et le counseling et prévention du VIH/SIDA ;2) l'inclusion de la prévention des IST et VIH/SIDA dans les formations et le matériel d'éducation pour les agents communautaires de la santé; et 3) un projet pilote avec POZ et cinq ONG partenaires pour améliorer les attitudes envers le VIH/SIDA du personnel de la santé et pour développer assistance et soutien au niveau de la communauté aux personnes et familles affectées par le HIV/SIDA

Les autres interventions sur le CCC financées par l'USAID ont été exécutées sous les auspices de FHI /IMPACT. Depuis janvier 2000, FOSREF a mis au point des sessions d'éducation par pairs-éducateurs sur le VIH/SIDA à travers un groupe de théâtre, dans les centres FOSREF, dans les écoles et parmi les scouts. Avec un financement de FHI/IMPACT, FOSREF a initié avec les directives du Dr. L. Dunbar le projet Lakay en janvier 2000. Il s'agit d'une maison qui est aussi un centre d'accueil et d'éducation pour les prostituées, où elles sont encadrées pour un développement d'estime de soi et peuvent apprendre à travers des clubs, la couture, la cosmétologie, l'art floral et l'artisanat. Il y a aussi une clinique médicale où les prostituées viennent volontairement pour les visites médicales pour le dépistage des IST et du VIH/SIDA. FHI/IMPACT collabore avec VDH au projet Lakay par le financement de la formation et du matériel éducatif sur la responsabilité sexuelle qui comprend les IST et la prévention du VIH/SIDA par un réseau de pairs-éducateurs basé dans les centres VDH de jeunes. A cela s'ajoute le financement du projet pilote CARE de la Grande Anse qui se focalise sur l'assistance et le soutien des personnes et familles affectées par VIH/SIDA. Finalement, FHI/Impact participe avec un support partiel à l'assistance des communautés qui s'occupent des orphelins et des enfants vulnérables.

(source: informants)

Le rôle de GHESKIO dans la prévention du VIH/SIDA est de former le personnel médical et para médical et de sensibiliser les leaders religieux et communautaires. Les centres GHESKIO aussi offrent une formation pratique aux étudiants en médecine et aux infirmiers ainsi qu'aux médecins et travailleurs sociaux. Des séances de formation d'une journée sont organisées pour les leaders communautaires et religieux, les éducateurs, les parents et les jeunes, ceci est réalisé avec le support de HS 2004 une institution spécialisée de l'USAID. Les centres font de la recherche opérationnelle sur le VIH/SIDA, la tuberculose et les IST, et depuis 1991 ils font du dépistage de IST et VIH, la prévention et traitement des infections opportunistes, la planification familiale, la prévention pour la transmission verticale du VIH de mère à enfant, et le support nutritionnel. GHESKIO a aussi mis au point un programme de soins à domicile pour les personnes infectées par le SIDA, et un programme de prise en charge des femmes violées et des personnes exposées au sang contaminé (source: MSPP/GHESKIO Projet 2001).

Efficacité d'après l'opinion des informants:

Une coordination diversifiée, les messages interpersonnels, les nouvelles techniques de promotion interpersonnelle, la solidarité des ONG, le rôle des médias dans la dissémination des connaissances, l'emphase sur les jeunes, L'éducation par les pairs, les entrevues à la radio et à la télévision des personnes infectées par le SIDA et des experts. Le développement de matériels éducatifs de formation et de guides pour la participation des personnes vivant avec le VIH/SIDA, la décentralisation des activités avec extension aux neuf départements, les grandes marches et l'utilisation de la Caravane des artistes et des jeunes contre la SIDA, la promotion à travers le divertissement, les entrevues avec les personnes séropositives, l'encadrement des chefs de communautés, la diversité des stratégies de communication.

(Source: informants)

Problèmes et contraintes:

Le manque de programmes pour la prise en charge des personnes infectées et affectées. Le besoin d'appui des leaders religieux et communautaires, le besoin de pérennité du financement des donneurs, le manque d'encadrement des parents, le faible accès aux services dans les communautés rurales, le manque de perception de risque, et le manque de promotion de messages appropriés aux divers groupes à risque, le manque de matériel pour les personnes analphabètes, le besoin de formation continue pour le personnel médical pour l'amélioration des attitudes, des capacités et du counseling, le manque de matériel de support pour les personnes infectées et affectées par le SIDA, le manque de ressources humaines et financières, le manque de programmes sociaux ou religieux pour les enfants victimes du SIDA qui vivent dans les rues, le manque de messages concernant les mythes et les tabous, le manque d'emphase sur les populations rurales et les guérisseurs et le manque d'attention donné à la stigmatisation des personnes infectées. Les problèmes liés aux essais vaccinaux, (source informants).

5. ANALYSE

L'analyse des données basées sur la revue des activités IEC et CCC exécutées depuis le début de la lutte contre le SIDA montre qu'il y a eu beaucoup d'efforts fournis dans les secteurs public et privé et que la lutte contre le SIDA a été une grande préoccupation de la part du MSSP, de l'USAID et des partenaires internationaux depuis le début de l'épidémie. Il est regrettable que peu de ces projets et interventions n' aient été documenté et évalué, bien que l'Université MacGill ait financé une évaluation mi-parcours des activités IEC, et qu' il y a eu l'évaluation du projet "Caravane des artistes et jeunes contre le SIDA."

Tout au début de la lutte contre le SIDA les secteurs public et privé ont eu des plans définis avec des campagnes IEC qui avaient pour objectif d' éduquer les populations sur la prévention et la transmission du virus par voies sexuelles et sanguines à travers les messages diffusés par les média. Ces messages ont été nécessaires pour la prise de conscience de l'épidémie et pour transmettre des connaissances de base sur la maladie et les voies de transmission. Ces campagnes ont réussi à inculquer des connaissances de base au grand public, toutefois, les enquêtes EMUS II et III ont montré que les connaissances n'ont pas toujours été assimilées ou mises en pratique. Les statistiques révèlent que malgré une grande prise de conscience de l' épidémie du VIH/SIDA parmi les populations métropolitaines, peu de personnes ont changé leur comportement sexuel. Entre autres, les barrières liées au changement de comportement sont: les mythes et croyances, le status économique des femmes qui s'associe à la prostitution formelle et informelle et/ou le rejet du risque personnel et la négation du danger par les personnes fatalistes.

Pour remédier à la résistance du changement de comportement au cours des décennies on s'aperçoit que les stratégies de communication IEC et la CCC sont devenues plus diversifiées, plus ciblées et plus sectorielles. Les interventions ont été mieux adaptées aux audiences ciblées et les messages diffusés dans les média ont visé le changement de comportement des groupes vulnérables. Il y a eu plus emphase sur la participation communautaire, le counseling par les pairs-éducateurs, les activités pour les jeunes, le développement de nouveaux curricula de formation pour la santé publique, sans oublier les fora, les kermesses, les caravanes, et les spots à la radio et à la television et l' éducation par le divertissement. Il y a eu aussi une extension des projets et programmes dans les communautés décentralisées avec la collaboration de (POZ) de (PSI) et des ONG. On trouve aussi une collaboration plus étroite avec le MSSP, l'USAID et les partenaires. Beaucoup d'efforts de collaboration et de solidarité ont été fourni par les ONG qui ont continué la lutte contre le SIDA lors de l'embargo américain et qui continuent avec dynamisme (POZ, PSI, FOSREF) d'atteindre les groupes vulnérables dans les zones métropolitaines et les départements.

Les points forts de toutes ces activités en IEC et CCC ont été une plus grande collaboration entre les secteurs public et privé, le dynamisme des ONG, les méthodes de communication qui sont devenues diversifiées, plus concises et personnelles, l'extension des projets dans les communautés avec l'appui et la participation des leaders, les curricula et les formations du personnel de santé. Toutes ces activités ont permis d'augmenter les

connaissances des populations et de cibler certains groupes vulnérables dans les zones métropolitaines et dans certaines communautés.

Les points faibles ont été le manque d'évaluation et de documentation des projets depuis le début de la lutte contre le SIDA, le manque d'études qualitatives pour connaître les raisons des croyances erronées, de la résistance au changement de comportement, de la stigmatisation des PVVIH, de la négation du risque personnel. Il y a aussi un manque de programmes qui ciblent les hommes dans leur résistance au changement de comportement sexuel et un manque de programmes sociaux ou religieux pour la prise en charge pour les enfants atteints du VIH qui vivent dans les rues. Dans les zones rurales il y a un manque de connaissances du VIH/SIDA qui confirme le besoin d'étendre les interventions dans les zones rurales et de développer du matériel didactique pour personnes analphabètes ainsi qu'une assistance communautaire pour les PVVIH. Malgré les contraintes et la situation politique qui ont ralenti la bonne marche des activités durant l'embargo, il faut noter la diversité des activités IEC et CCC, l'étroite collaboration entre l'USAID, les partenaires et les ONG, et la participation et l'assistance de certaines communautés et leaders à la prise en charge des personnes PVVIH.

6. LES CONTRAINTES

L'objectif de ce rapport est de mettre au point une stratégie de communication basée sur les leçons apprises afin d'éviter les contraintes et problèmes qui ont confronté les programmes et les interventions dans le passé. Les contraintes les plus importantes sont présentées dans les paragraphes suivants, elles sont d'ordre programmatique, culturel, socio-économique et logistique, et s'appliquent aux programmes et interventions VIH/SIDA ainsi qu'à l'extension des programmes de dépistage volontaire (VCT) dans les centres de santé des zones rurales. Ces contraintes doivent être discutées et résolues avant l'exécution des interventions car elles sont d'ordre prioritaire.

CONTRAINTES PROGRAMMATIQUES

Il faut avant tout s'assurer de la pérennité du projet de la part des donateurs et du MSSP et établir une bonne collaboration entre le secteur privé et le secteur public.

En général, il y a un manque de ressources humaines qualifiées, en outre il y a un besoin de formation pour les personnes impliquées dans les interventions VIH/SIDA/VCT. Il faudra s'assurer de la qualité des conseils et du stockage des tests et du matériel de laboratoires pour le test ELISA et le test rapide. La qualité des services doit être améliorée en montrant moins de préjugés de la part du personnel médical pour les personnes venant pour le dépistage du VIH (commentaire des prostituées rapporté par Dr. Dunbar). Il est important de coordonner les efforts parmi les donateurs et le MSSP.

Il faudra s'assurer de la qualité du counseling avec des formations et des supervisions pour le pré-et-post counseling pour les patients.

CONTRAINTES CULTURELLES:

Les données de l'enquête EMMUS-III révèlent que presque un quart des femmes et des hommes interrogés croient que le SIDA peut être transmis par sorcellerie, et l'enquête (Boulos:2000) montre que les jeunes pensent que l'on peut attraper le SIDA en mangeant avec une personne vivant avec le VIH, ou par des piqûres de moustiques. En outre, le manque de scolarité des personnes vivant dans les zones rurales fait qu'il y a des

croyances erronées sur la transmission du VIH et les PV VIH de ce fait utilisent les traitements donnés par les guérisseurs. La stigmatisation de la maladie est aussi une cause pour les personnes malades de se cacher et de nier la maladie, à cela s'ajoute le fatalisme "il faut une cause pour la mort" c'est ce que les gens répondent lorsqu'on leur demande pourquoi ils ne veulent pas changer leur comportement afin d'éviter le SIDA.

Le contrôle social, économique et sexuel des hommes sur les femmes rend les femmes très vulnérables et ne pouvant pas négocier l'utilisation du condom. A cela s'ajoute le manque de fidélité des partenaires et le grand appétit sexuel des hommes qui entretiennent plusieurs partenaires. Il y a aussi un manque de communication concernant la sexualité entre les époux et de parents à enfants. L'utilisation de la prostitution comme initiation au sexe pour les jeunes hommes souvent arrangée et payée par les membres masculins d'une famille montre à quel point l'usage de la prostitution est ancré dans la culture.

CONTRAINTES SOCIOECONOMIQUES;

L'épidémie du SIDA a bouleversé l'économie déjà chancelante des familles, car les patients doivent payer pour les soins, pour les médicaments et pour l'assistance sociale. Beaucoup se tournent vers les guérisseurs, car le traitement est moins cher. D'un autre côté, à cause des croyances et du manque de compréhension de la maladie et de la stigmatisation de la communauté, il y a des familles qui refusent de s'occuper des personnes séropositives. Afin d'alléger le fardeau économique des familles il faudrait avoir des incentives monétaires ou alimentaires qui soulagerait les familles des patients séropositifs, et il faudrait accroître les programmes de prise en charge des patients séropositifs.

CONTRAINTES LOGISTIQUES:

La stratégie pour éduquer la population rurale et diffuser les messages doit prendre en compte les barrières géographiques, l'isolation des communautés, le manque de transport et le manque de centres/postes de santé. Dans les centres de santé la qualité des services, la supervision et le suivi du MSSP doivent être assurés ainsi que le suivi et le monitoring des services. Le stockage des médicaments et des tests peuvent créer des problèmes à cause du manque de commodité (eau et électricité). Les moyens de transportation des malades aux centres de santé sont des problèmes très difficiles à résoudre ainsi que le manque de centres de santé qui peuvent héberger les patients très malades. En plus, les centres de santé ruraux souvent manquent de ressources humaines et sont presque toujours démunis de matériel médical adéquat.

7. CONCLUSIONS

Au début de la lutte contre le SIDA il semble qu'il y ait eu une emphase sur les campagnes des média de masse IEC qui ont diffusé des connaissances sur le VIH/SIDA surtout dans les zones métropolitaines. Les événements politiques ont bouleversé les activités du secteur public et ont empêché de divulguer les statistiques sur les nouveaux cas de SIDA pendant six ans. Toutefois les ONG ont continué la lutte contre le SIDA avec des activités ciblées et des méthodes diversifiées. Les groupes vulnérables tels que les jeunes ont été ciblés avec du matériel promotionnel et éducatif, et des messages à travers les spectacles et les divertissements. Pour les autres groupes plus difficiles à

cerner il y a eu des activités sectorielles et ciblées. Les médias ont aidé à la diffusion des messages à travers des pièces de théâtres, des spots de radio et des entrevues avec des PVVIH qui ont révélé les conséquences tragiques de cette maladie. Cependant, malgré les efforts multiples des organismes, du gouvernement, des églises, du personnel médical et des volontaires, peu de gens ont acquis une bonne perception de leur risque et continuent d'exercer la promiscuité sexuelle.

Depuis le début de la lutte contre le SIDA plusieurs projets et programmes ont été exécutés, mais souvent sans pouvoir réaliser leurs objectifs à cause des troubles politiques fréquents et aussi à cause du manque de pérennité des projets, de suivi et d'évaluation.

En Haïti, les conditions socio-économiques existent pour la propagation du SIDA à travers les groupes qui ont un comportement à risque, la pauvreté, le taux d'analphabétisme 55%, les facteurs culturels liés à l'usage de la prostitution, et le grand nombre de femmes qui pratiquent la prostitution formelle et informelle. GHESKIO rapporte qu'en 1992, 65% des prostituées étaient infectées par le VIH. En outre, les données de ces centres rapportent une prévalence des IST de 40% pour les femmes qui viennent en consultation prénatale en milieu urbain, et de 30% des femmes en milieu rural. Selon les centres, il y a aussi 40% à 59% des patients hospitalisés pour la tuberculose qui sont infectés par le VIH (MSPP/GHESKIO Projet).

Beaucoup de leçons ont été apprises en Haïti et ont été mises en pratique telles que la collaboration entre les organismes et le MSPP, l'établissement d'un groupe de travail composé d'organisations partenaires et du MSPP pour établir un Plan Stratégique National de lutte contre le SIDA pour la période de 2002 à 2006, la collaboration de l'USAID avec ses partenaires, la solidarité des ONG, la diversification des méthodes de communication, les curricula de formation, la décentralisation des activités, la prise en charge des personnes atteintes du SIDA et l'encadrement des leaders. A cela s'ajoute des messages plus focalisés et plus personnels pour cibler les groupes vulnérables.

En résumé et basé sur les leçons apprises, il faudrait pour l'avenir remédier au manque de documentation et d'évaluation des programmes et interventions, appliquer la stratégie recommandée, renforcer la stratégie de communication pour le changement de comportement qui cible les groupes vulnérables. S'assurer de la pérennité des projets et de la collaboration entre organismes internationaux et le MSPP. Améliorer les capacités du personnel médical par des formations, du suivi et du monitoring, et renforcer la communication interpersonnelle des pairs-éducateurs et l'extension des programmes dans les zones rurales avec plus d'attention pour le contexte culturel et la diversité des groupes vulnérables.

II. LES METHODES

1. METHODOLOGIE

Les données rapportées dans ce rapport ont été recueillies lors de la lecture des documents sélectionnés par CHANGE (Washington) ainsi que d'autres documents stratégiques qui relatent le travail qui a été fait en Haïti sur l' IEC/CCC et VIH/SIDA et qui ont été recommandés par le groupe Haïtien de travail en CCC/VIH/SIDA (voir les noms de ces personnes dans l'Annexe II). Parmi ceux ci, le document produit par le projet Synergy qui a fourni des données essentielles à l'équipe de CHANGE pour élaborer un plan de travail et la nouvelle stratégie. A ceci s'ajoutent les réunions, les discussions et entrevues avec le groupe Haïtien de travail CCC/VIH/SIDA organisé par Dr. Judith Timyan de l'USAID. Ce groupe qui travaille pour les organismes partenaires de l'USAID est composé de médecins, sociologues, et spécialistes en communication. Ces personnes ont l'expertise et l'expérience en CCC/VIH/SIDA et ont prêté une assistance technique essentielle aux membres de l'équipe CHANGE. Ce groupe de travail Haïtien CCC/VIH/SIDA a eu plusieurs réunions avec les consultants afin de discuter des stratégies et des leçons apprises, concernant les besoins programmatiques des futures activités de CCC/ VIH/SIDA.

L'équipe de CHANGE s'est divisée en deux sous-équipes. Une sous-équipe(A) composée de Dana Faulkner et de Gisèle Maynard-Tucker qui ont fait une revue minutieuse des documents qui ont été élaborés sur l' IEC/CCC et sur les stratégies d' IEC/CCC utilisées depuis les années 1980 jusqu'en 2001, et ont travaillé au développement d'une nouvelle stratégie de communication en CCC/VIH/SIDA. La deuxième sous-équipe (B) a fait des sorties de terrain pour pouvoir observer la bonne marche des projets CARE, POZ, VDH, PSI et FOSREF. Elisabeth Thomas et Nazlie Dorval sont allées au Cap Haitien pour observer des projets qui s'adressent aux jeunes, et Dr. Gabriel Thimothé est allé à Jérémie pour observer la prise en charge des personnes infectées et affectées par le SIDA. Ces deux consultants ont développé des directives pour l'extension de ces projets comme modèle d'intervention (voir les études de cas IV, et V).

En Haïti, Dana Faulkner et Gisèle Maynard-Tucker ont fait des entrevues avec les personnes qui ont travaillé/travaillent pour les projets AIDSTECH , AIDSCAP, OPS/OMS, FHI, PSI, POZ, depuis le début de la lutte contre le SIDA dans les années 1980. Un guide d'entrevue a été élaboré (voir Annexe II.2), les questions se sont concentrées sur le rôle de la personne interviewée dans le programme, l'évolution du programme, les éléments les plus efficaces du programme, les contraintes et barrières, les leçons apprises, et le développement d'une nouvelle stratégie et messages.

Les consultants ont assisté à trois rencontres avec le groupe Haitien de travail CCC/VIH/SIDA pour discuter de la situation actuelle, des leçons apprises et des futurs besoins programmatiques. Les réunions ont eu lieu :

USAID lundi 3 décembre 2001

Villa Créole jeudi 5 décembre 2001

Villa Créole Jeudi 13 décembre 2001

Les réunions, discussions et entrevues ont aidé les consultantes à comprendre les différents problèmes liés au changement de comportement des groupes visés pour pouvoir développer une stratégie plus ciblée sur le CCC/VIH/SIDA

Au sujet des organisations ciblant les jeunes, trois organisations sont particulièrement connues pour leur travail avec les jeunes dans le domaine de santé reproductive : FOSREF, VDH et PSI. Chacune a adopté une stratégie distincte pour atteindre les jeunes, telle que la prestation de services cliniques, le développement holistique de l'adolescent et le marketing social des condoms. Ces trois organisations ont intégré une approche commune dans leurs stratégies: l'éducation par les pairs.

Aucun de ces programmes d'éducation par les pairs n'a été évalué de façon formelle, mais ils ont eu du succès selon les perceptions du personnel et des pairs-éducateurs eux-mêmes. Il y a eu également beaucoup de défis. Mlle Thomas a travaillé avec une consultante locale, Mme Nazlie Dorval, pour documenter ces expériences et proposer des directives pour d'autres organisations qui aimeraient entreprendre des programmes semblables.

Pour accomplir cette tâche, elles ont eu des entrevues avec les responsables des programmes de jeunes de FOSREF, VDH et PSI, ainsi que des pairs-éducateurs. Elles ont également été sur le terrain pour visiter les centres de jeunes et les activités de ces trois organisations:

- FOSREF : Centre de Jeunes de Lalue (Port-au-Prince)
Centre de Jeunes de Delmas (Port-au-Prince)
Centre de Jeunes dU Cap Hatien
- VDH : Maison des Jeunes de Port-au-Prince
Maison des Jeunes de Trou-du-Nord (Dépt. du Nord-Est)
- PSI : Cérémonie du lancement du Pantè (entrevue avec le Club Cool
de Port-au-Prince)
Club Cool de Limbé (Dépt. du Nord)

2. GUIDE DE QUESTIONS POUR LES ENTREVUES AVEC LES EXPERTS EN CCC/VIH/SIDA

1. Quel était votre rôle lorsque vous travailliez pour le programme contre le VIH/SIDA?
2. Pouvez vous décrire l'évolution du programme jusqu'à sa fin?
3. Quels ont été les éléments les plus efficaces du programme en relation au CCC/VIH/SIDA? Et pourquoi?
4. Quelles ont été les contraintes et les barrières en relation à la CCC/VIH/SIDA?
5. Quelles ont été les leçons apprises de votre expérience avec le programme CCC/VIH/SIDA?
6. En tenant compte de votre expérience avez vous développé une nouvelle stratégie dans votre programme?
7. Quels sont les éléments qui devraient être introduits dans les futures programmes de VIH/SIDA?

3. PERSONNES CONTACTEES ET INFORMANTS

FHI/IMPACT

Dr. Roberte Eveillard
Technical Advisor/Haiti
Email: robynrv@hotmail.com

Dr. Jean-Robert Brutus
Resident Advisor/Haiti
Email: brutusjr@haitiworld.com

Family Health International (FHI)
Immeuble INHSAc
Angles rues Rigaud et Lambert
Pieton-Ville, Haiti Ht 6140
Tel: (509)257-9104/257-9105
Fax: (509) 257-9125

POZ

Ederle Jeudi Bois
Coordonnatrice de Projet

Dr. Eddy Génécé
Directeur Exécutif

Promoteurs Objectif Zerosida (POZ)
2 Rue Tertulien Guilbaud
Port-au-Prince, Haiti, W.I.
Phone: (509)245-4396, 245-5330
Email: pozside@hainet.net

HS-2004

Elsie Laudent
Conseilliere en Communication
Email: Elaudent@hs2004.org

Haiti Sante 2004
Impasse Prosper (Imp. Beaudieu) #5
Entre Villa d'Accueil
Boite Postale 908

Port-Au-Prince, Haiti
Tel: 510-9901/02/03
Fax: 257-2881

PSI

Elizabeth Beachy
Regional technical Advisor
elizabethbeachy@hotmail.com

Douglas Call
Directeur Adjoint
dcall@haitiworld.com

Gardenia Monrose
Directeur de terrain

Agnes Zamor
Directrice de Communication et Changement de Comportement

Programme de Santé et Information
Rue Theodule #1
Bourdon
Boite Postale 1169
Port-au-Prince, Haiti
Tel: (509) 245-6285, 245-6235
Fax: (509) 245-9979

USAID/Haiti

Dr. Pierre Mercier
Reproductive Health and Population Advisor

Judith Timyan
Senior Technical Advisor
jtimyan@usaid.gov

PHNE/USAID Haiti
17, Blvd Harry Truman
PO Box 1634
Port-A-Prince, Haiti
Tel: 509-229-3030, 229-3031
Fax: 509-223-9603

Other Organizations

Dr. Viviane Cayemittes
Consultante
OMS/OPS
295, Avenue John Brown
B.P.1330
Port-au-Prince, Haiti
Tel: (509) 245-8666, 245-2750
Fax: (509) 245-5930
Email: cayemivi@hai.ops.oms.org

Dr. Michel Cayemittes
Directeur de l'Institut Haitien de l'Enfance
41, rue Borno
Pieton Ville, Haiti
Tel: (509) 257-2269, 257-3101

Emilie Damier
World Vision
Route de Delmas#65
P.O.Box 13401
Bureau Postal de Delmas
Port-au-Prince, Haiti
Phone: (509) 222-6430, 221-8719
Fax: (509) 223-5892
Email: Haiti@wvl.org

Dr.Lesly Dunbar FOSREF)
Project manager
Tel: (509) 223-7377, 223-7375
Cell: (509) 401-4341
Email: leslydunbar@yahoo.com

III. BIBLIOGRAPHIE

Adrien, Alix and Cayemittes, Michel. Le Sida En Haiti: Connaissances, Attitudes, Croyances et Comportements de la Population. Janvier 1991

AIDSCAP Haiti. Descriptive Analysis of AIDSCAP/HAITI BCC Projects Some lessons from the field February 29, 1996

AIDSCAP Haiti. Plan Strategique de Communication pour le Changement de Comportement. 1995

Aldebron, Jillian. Preliminary Reflections on Aids Prevention Communicaiton. Port-Au-Prince Haiti. March 1993

Association Sante Publique D'Haiti (ASPHA), Association pour la Promotion de la Famille Haitienne, "Population et Developpement Humain", Rapport Du Symposium National. Octobre 1995

CARE-HAITI. Gid Edikasyon Seksyel. Pou Jenn. Decembre 1995

CARE-HAITI. Projet de Prevention des MST/SIDA. Dans la Grande Anse. Rapport Final sur les Activites de CARE et ses Institutions Partenaires. Mai 1996

CARE HAITI. Mechanisme de Soutien aux Enfants des Familles Affectees par le VIH/SIDA. Recherche-Action Participative dans la Grande Anse. Janvier 2001

Cash, Kathleen. A Report About The Sexual And Reproductive Health Risks and Vulnerabilities Of The People Of The Artibonite Valley, Haiti, Served By Hospital Albert Schweitzer With Recommendations For HIV/Aids Programs. December 2000

Centre de Promotion Des Femmes Ouvrieres (CFPO). Street Food Vendors in the Industrial Area of Port-Au-Prince. A Study of Working Women in Haiti. September 1989 (Research Report)

CPFO. IPPF/PAPFO.PPM Redaksyon: Winnifred Jean Galvan. MIE Lesly M. Auguste. Depo Legal: Bibliyotek Nasyonal 93-03-046. CPFO Premye edisyon 1993

CPFO. Gid ti koze sou sida. Redaksyon: Winnifred Jean Galvin Konpozlsyon: Stephanie Saddier-Patrice Talleyrand. Depo Legal: Bibliotek nasyonal, 92-06-097

de Zalduondo, Barbara O. Second Generation HIV/Aids Communication-Applying Lessons Learned. The Synergy Project.

Family Health International Aids Control and Prevention Project. Final Report for the AIDSCAP/ABA SIDA Program in Haiti October 1992-June 1996 Project 936-5972.31-4692046,HRN-C-00-94-00001-17

FHI/IMPACT, Boulos LM and Boulos ML. Resultats de L'Enquete de Surveillance Comportementale Port-Au-Prince et Cap Haitien Haiti 2000. Resume pour les Executifs de la Sante

FHI/IMPACT. The Situation of Orphans and Vulnerable Children in Haiti: A Summary Assessment A Preliminary Assessment of Orphans and Vulnerable Children with a Focus on Children Affected by HIV/Aids. 2000

Foundation Pour La Sante Reproductrice et L'Education Familiale (FOSREF). Etude Qualitative sur la Sante Reproductive des Jeunes (Haiti). Janvier 1996

Foundation Pour La Sante Reproductrice et L'Education Familiale (FOSREF). Section Evaluation et Recherche FOSREF. Rapport Preliminaire. Enquete de base realisee au Cap Haitien pour la replication du Projet Lakay de Port-Au-Prince, sur les opinions et le comportement quotidien des Prostituees. Document Draft. Fevrier 2001

HPNO-USAID-Haiti. Vaginal Foaming Tablets Utilization and Acceptability Assessment, Stephan J. Dix, Consultant. April 1993

Holschneider, Sylvia. Social and Psychological Influences on HIV-preventive behaviors of youth in Haiti. Unpublished doctoral dissertation, The Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health. 1999

Institut Haitien de L'Enfance (IHE). Enquete Mortalite, Morbidite et Utilisation des Services EMMUS –III Haiti 2000

Institut Haitien de L'Enfance (IHE). Haiti Enquete Mortalite, Morbidite et Utilisation des Services 2000. Report de Synthese.

Journal fanm ourivez. An nou ede jen yo!. Nimewo 41. Desanm 1992

Journal fanm ourivez. Tibekiloz ak Sida. Nimewo 78. Desanm 1996

Ministere de la Sante Publique et de la Population, Direction de Promotion et de Protection de la Sante. Unite de Communication pour la Sante. Semaine Nationale sur la Participation Communautaire. Unpublished 1998.

Ministere de la Sante Publique et de la Population. Direction de Promotion et de Protection de la Sante (DPPS). Plan Strategique National de Communication pour la Sante. Draft. Juin 1997

Ministere de la Sante Publique et de la Population. Plan Interimaire du Programme IST/SIDA. October 2001-Septembre 2002

Ministere de la Sante Publique et de la Population. Suivi et Evaluation. Guide du Programme National de Controle et de Prevention du SIDA et des MST. 1997

MSPP/GHESKIO. Projet Integration du depistage Volontaire et Eclairé pour le VIH avec un Paquet de Services Associes au Niveau des Structures Sanitaires du MSPP et de celles du Secteur Prive en vue de la prevention du VIH en Haiti. Duree: 5 ans (Octobre 2001-Septembre 2006)

NAN PSI Haiti. Medam! Mesye! c.1998 (brochure)

OEF International/Centre De Promotion Des Femmes Ouvrieres. Rapport de Recherches. Quelques Aspects Des Conditions, De Travail Des Ouvrieres Du. Secteur De La Sous-Traitance En Haiti. Aout 1989

OEF International/Centre de Promotion des Femmes Ouvrieres. Rapport de Recherches. Quelques Aspects de la Fecondite et du Comportement, Fecond des Ouvrieres de la Sous-Traitance En Haiti. Juillet 1988

Pou Ede Jen Parey Nou. Gid Jen Kap travay pou ede parey Nou. Gid Jen kap travay pou ede parey yo bare MST/VIH yo

Secretariat D'Etat a la Population, Association Sante Publique D'Haiti, Association Pour La Promotion de la Famille Haitienne. Population et Developpement Humain Rapport du Symposium National. Octobre 1995

USAID. Leading the Fight Against HIV/Aids. Hatit Situation Analysis.

USAID/Haiti. Activity Data Sheet.

USAID/Haiti. Ensuring Supply Creating Demand. The Aba SIDA Project Condom Social Marketing Program. September 1995

USAID/Haiti. HIV/Aids in Haiti, the Aba SIDA Program